InterRisk Kontakt
22 212 20 12

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA EDU PLUS

**SPIS TREŚCI**

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ..... rewers str. 1
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE ..... 1
Co oznaczają określenia użyte w OWU?
DEFINICJE ..... 1
Jaką ochronę zapewnia ubezpieczenie?
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA ..... 5
Jaką Opcję ubezpieczenia wybierzesz?
ZAKRES UBEZPIECZENIA ..... 5
Kiedy INTERRISK nie wypłaci świadczenia?
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ..... 5
Co oferuje Opcja Podstawowa?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ..... 6
Co oferuje Opcja Podstawowa PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ..... 6
Co oferuje Opcja Ochrona?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ..... 7
Co oferuje Opcja Ochrona PLUS?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ..... 8
Co oferuje Opcja Progresja?
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ..... 10
O jakie Opcje Dodatkowe możesz rozszerzyć wybraną Opcję? ..... 10
Jaką pomoc otrzymasz w ramach Opcji Dodatkowej D15
– ASSISTANCE EDU PLUS? ..... 13
Jaką pomoc otrzymasz w ramach opcji dodatkowej D16
– TELEMEDYCYNA? ..... 14
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY ..... 14
Co trzeba zrobić, żeby się ubezpieczyć?
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ..... 14
Od kiedy ubezpieczenie gwarantuje ochronę i kiedy ona się kończy?
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK ..... 15
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ..... 15
Od czego zależy wysokość składki ubezpieczeniowej?
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA ..... 15
Jakie obowiązki ma Ubezpieczający, Ubezpieczony, a jakie InterRisk?
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA ..... 15
Co zrobić, żeby dostać świadczenie?
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA ..... 16
POSTANOWIENIA KOŃCOWE ..... 17
Załącznik nr 1 - TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS ..... 19
Załącznik nr 2 - WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH
KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO
Z E-KONSULTACJI ..... 20

## POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

**1.** Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia EDU PLUS, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwane dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej InterRisk.

**2.** Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.

**3.** Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU, z tym że różnice między OWU a treścią umowy ubezpieczenia InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## CO OZNACZAJĄ OKREŚLENIA UŻYTE W OWU? DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiejkolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;

2) **anemia aplastyczna** – niewydolność szpiku kostnego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod: D60-D61;

3) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia assistance – Assistance EDU PLUS;

4) **Centrum Telemedycyny** – jednostka organizacyjna wskazana przez InterRisk (szczegółowe dane podawane są w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie InterRisk organizuje świadczenia Telemedycyny;

5) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;

6) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;

7) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;

8) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego lub uczęszczania na zajęcia lekcyjne powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 10 dni, udokumentowana:

   a) kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2015 roku w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych;

   b) zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym okres niezdolności do nauki i zaświadczeniem ze szkoły potwierdzającym nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku Ubezpieczonego będącego dzieckiem, uczniem lub studentem uczęszczającym do placówki oświatowej;

9) **droga publiczna** – droga w rozumieniu art. 1 ustawy o drogach publicznych;

10) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczającego lub dziecko w pełni bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terenie Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty oraz ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego - w wieku do 25 lat;

11) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej jeden dzień, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu Ubezpieczonego ze szpitala, w przypadku wypłaty świadczenia, liczone są oddzielnie jako pełne dni pobytu w szpitalu chyba, że przyjęcie i wypis ze szpitala nastąpiły w tym samym dniu;

12) **e–konsultacja** – świadczenie Telemedycyny organizowane przez Centrum Telemedycyny na zlecenie InterRisk realizowane drogą elektroniczną w formie:

   a) czatu internetowego –wymiany krótkich wiadomości tekstowych,

   b) telekonferencji – przekazu audio,

   c) wideokonferencji – przekazu audiowizualnego.

   E-konsultacja trwa maksimum 15 minut;

13) **jednorazowe świadczenie** – świadczenie wypłacane Ubezpieczonemu z tytułu ubezpieczenia, w ramach którego odpowiedzialność InterRisk jest ograniczona do jednego zdarzenia w okresie ubezpieczenia;

14) **kolarstwo górskie** – forma kolarstwa uprawianego za pomocą rowerów górskich, których konstrukcja umożliwia poruszanie się w trudnym terenie: górskim, leśnym poza wyznaczonymi szlakami turystycznymi dla rowerów oraz na specjalnie wyznaczonych trasach rowerowych obfitujących w liczne naturalne lub sztuczne przeszkody (muldy, koleiny, ostre wiraże, skocznie);

15) **koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:

   a) wizyt lekarskich,

   b) zabiegów ambulatoryjnych,

   c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,

   d) pobytu w szpitalu,

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | §2, §3 ust. 2, §4, §6, §7, §8, §9, §10, §11, §12, §13, §17, §18, §21, §22, §23 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | §5, §8 pkt 3 lit. d, §8 pkt 5 lit. b, §8 pkt 7 lit. d, §9 pkt 8 lit. a, §9 pkt 9 lit. d, §14, §20 ust. 2 OWU |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | Nie dotyczy |
| 4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje | Nie dotyczy |

e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,

f) zakupu środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,

g) rehabilitacji zleconej przez lekarza prowadzącego leczenie;

16) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;

17) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;

18) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym InterRisk zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb umowy ubezpieczenia oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia;

19) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego;

20) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, za wyjątkiem ubezpieczenia na wypadek śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1 lit. g, pkt 2 lit. j oraz pkt 3 lit. f;

21) **niewydolność nerek** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N17-N18.9;

22) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);

23) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

24) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;

25) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych), prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych), wysokiej temperatury.
Stopień oparzenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

26) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;

27) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń lub okaleczeń Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;

28) **operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;

29) **opiekun prawny** – osoba sprawująca opiekę nad Ubezpieczonym ustanowiona przez sąd opiekuńczy zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

30) **osoby bliskie** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;

31) **padaczka** – choroba rozpoznana przez specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako kod G40-G40.9;

32) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);

33) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn. Choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G.83.0;

34) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;

35) **placówka oświatowa** – żłobek lub klub dziecka, w rozumieniu ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, oraz przedszkole, szkoła, placówka oświatowo-wychowawcza, placówka kształcenia ustawicznego, placówka kształcenia praktycznego, ośrodek kształcenia i doskonalenia zawodowego, placówka artystyczna, w rozumieniu ustawy o systemie oświaty;

36) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

37) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;

38) **pogryzienie** – uszkodzenie ciała wskutek pogryzienia przez psa;

39) **pojazd** – w rozumieniu niniejszych OWU, wyłącznie na potrzeby ubezpieczenia śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego (Opcja Dodatkowa D1), o którym mowa w §4 ust. 2 pkt 1 niniejszych OWU, za pojazd uznaje się wyłącznie: samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus, metro;

40) **pokąsanie** – uszkodzenie ciała przez zwierzęta inne niż psy;

41) **poliomyelitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę chorób dziecięcych lub zakaźnych;

42) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w trakcie okresu ubezpieczenia: nowotwór złośliwy, paraliż, niewydolność nerek, poliomyelitis, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów;

43) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 $dm^3$ w wydychanym powietrzu;

44) **praca zawodowa** – forma świadczenia pracy lub usług za wynagrodzeniem w ramach stosunku pracy, na podstawie umowy cywilnoprawnej, stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu;

45) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** – przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;

46) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej zgłoszonej przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;

47) **rana** – przerwanie ciągłości powłoki ciała w wyniku działania ostrego lub tępego przedmiotu, prowadzące do linijnego lub nieregulowanego uszkodzenia tkanki, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych OWU za rany nie uważa się ran związanych z leczeniem operacyjnym Ubezpieczonego;

48) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu sportu w celu odpoczynku lub rozrywki, niezwiązana z uczestniczeniem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki, organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy/nauki;

49) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

50) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

51) **ruch pojazdu** – sytuacje, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności;

52) **sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołanej zakażeniem, rozpoznany przez lekarza specjalistę (posocznica);

53) **sporty i aktywności wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie, szybownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, windsurfing, jazda quadami, kitesurfing, żegluga poza

wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych, skeleton, hokej na lodzie, short track, jazda szybka na lodzie, bojery, biathlon, jazda skibobem oraz sporty, w których wykorzystywane są skutery śnieżne przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;

54) **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;

55) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;

56) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;

57) **środek odurzający** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działającą na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;

58) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;

59) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową;

60) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;

61) **świadczenie Telemedycyny** – świadczenie zdrowotne w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej realizowane przez lekarza internistę, pediatrę lub dietetyka za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

62) **transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, serca i płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;

63) **trekking** – forma turystyki pieszej, uprawiana w trudnych warunkach terenowych i klimatycznych: rzecznych, bagiennych, na wulkanach, pustyniach, terenach tropikalnych, lodowcach, górach powyżej wysokości 1 500 m n.p.m. lub poza wyznaczonymi górskimi szlakami turystycznymi;

64) **trwałe inwalidztwo częściowe** – uszkodzenia ciała, wymienione w TABELI nr 1 w §8 pkt 3, a także w TABELI nr 4 w §9 pkt 8 powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

65) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

66) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana na rachunek osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, a w przypadku rozszerzenia Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja o Opcje Dodatkowe (D1-D16), o których mowa w §11, §12, §13 minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 5 osób;

67) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dziecka lub w przypadku gdy Ubezpieczający ukończył 18 rok życia i spełnia definicję dziecka określoną w niniejszych OWU na rachunek własny;

68) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną na rachunek dzieci, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;

69) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;

70) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu), bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu, ale przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni;

71) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;

72) **ukąszenie/użądlenie** – naruszenie tkanki skóry przez owada;

73) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:

   a) współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,

   b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),

   c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych) albo opiekunowie prawni (w częściach równych) sprawujący opiekę w momencie śmierci Ubezpieczonego,

   d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);

74) **uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza narząd ruchu został unieruchomiony z zastosowaniem środka medycznego (gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego, kamizelki ortopedycznej);

75) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej, uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;

76) **utrata mowy** – rozpoznana przez lekarza specjalistę całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, oznaczająca niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;

77) **utrata słuchu** – rozpoznana przez lekarza laryngologa całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako następstwo choroby lub nieszczęśliwego wypadku. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty laryngologa;

78) **utrata wzroku** – rozpoznana przez lekarza okulistę całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się po upływie co najmniej 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;

79) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);

80) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:

   a) poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,

   b) podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji w szkołach sportowych,

   c) za wynagrodzeniem, tj. w przypadku otrzymywania wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej z tytułu uprawiania sportu, zarówno w formie indywidualnej, jak i zespołowej.

   W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu nie uważa się aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegającej na:

   a) uczestniczeniu w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,

   b) uprawianiu sportu podczas zajęć wychowania fizycznego (również w klasach sportowych) odbywających się w ramach obowiązującego planu lekcji, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,

   c) udziale Ubezpieczonego w zawodach wewnątrzszkolnych lub międzyszkolnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony jest uczniem szkoły sportowej,

   d) rekreacyjnym uprawianiu sportu;

81) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, na skutek którego Ubezpieczony, będący pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;

82) **wyroby medyczne wydawane na zlecenie** – wyłącznie wyroby medyczne wydawane na zlecenie, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;

83) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22;

84) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej stwierdzone przez lekarza;

85) **zwichnięcie nawykowe** – co najmniej trzecie już zwichnięcie tego samego stawu.

**JAKĄ OCHRONĘ ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE?
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA**

§3

**1.** Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej lub choroby i ich następstwa, które zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

**2.** Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem:
opcji Dodatkowej D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), opcji Dodatkowej D7 (koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D8 (operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D9 (operacje w wyniku choroby), opcji Dodatkowej D10 (koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku), opcji Dodatkowej D11 (czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki i/lub pracy), opcji Dodatkowej D13 (koszty leczenia stomatologicznego w wyniku NNW), opcji Dodatkowej D14 (uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku) oraz opcji Dodatkowej D15 (assistance medyczny), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**JAKĄ OPCJĘ UBEZPIECZENIA WYBIERZESZ?
ZAKRES UBEZPIECZENIA**

§4

**1.** Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta w:

1) **Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Progresja** obejmującej:
   a) uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
   c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
   d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
   e) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   f) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
   g) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
   h) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
   i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
2) **Opcji Ochrona**, w jednym z wariantów (01-11), obejmującym:
   a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   b) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
   c) trwałe inwalidztwo częściowe,
   d) zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem,
   e) złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   f) rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
   g) urazy narządu ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku,
   h) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
   i) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
   j) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
3) **Opcji Ochrona Plus** obejmującej:
   a) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   b) koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie,
   c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych,
   d) uszczerbek na zdrowiu w wyniku padaczki,
   e) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy,
   f) śmierć opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
   g) pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie,
   h) trwałe inwalidztwo częściowe,
   i) złamanie kości, zwichnięcia lub skręcenia stawów,
   j) nagłe zatrucie gazami, bądź z tytułu porażenia prądem lub piorunem,
   k) uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych,
   l) wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

**2.** Za zapłatą dodatkowej składki, Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus lub Opcja Progresja, może zostać rozszerzona o Opcje Dodatkowe D1-D14:

1) **Opcja Dodatkowa D1** - śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
2) **Opcja Dodatkowa D2** - oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
3) **Opcja Dodatkowa D3** - odmrożenia,
4) **Opcja Dodatkowa D4** - pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
5) **Opcja Dodatkowa D5** - pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
6) **Opcja Dodatkowa D6** - poważne zachorowania,
7) **Opcja Dodatkowa D7** - koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
8) **Opcja Dodatkowa D8** - operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
9) **Opcja Dodatkowa D9** - operacje w wyniku choroby,
10) **Opcja Dodatkowa D10** - koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
11) **Opcja Dodatkowa D11** - czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
12) **Opcja Dodatkowa D12** - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca,
13) **Opcja Dodatkowa D13** - koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
14) **Opcja Dodatkowa D14** - uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
15) **Opcja Dodatkowa D15** - Assistance Edu Plus,
16) **Opcja Dodatkowa D16** - Telemedycyna.

**3.** Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie indywidualnej lub rodzinnej, który w momencie zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończył 20 roku życia może zostać rozszerzony na warunkach określonych w niniejszych OWU o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

**4.** Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego w umowie zawartej w formie grupowej niezależnie od wieku Ubezpieczonego może zostać rozszerzony na warunkach określonych w niniejszych OWU o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu.

**KIEDY INTERRISK NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**

§5

**1.** InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego;
4) chorobami, które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;
5) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru;
6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba ze brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku;
7) jazdą rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do lat 10 bez opieki osoby dorosłej;
8) chorobą zawodową, chorobą psychiczną;
9) wadami wrodzonymi i ich następstwami, za wyjątkiem postanowień §11 ust. 1 pkt 12;
10) zawałem serca lub udarem mózgu, w przypadku ubezpieczenia śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §6 pkt 5, §7 pkt 5, §8 pkt 10, §9 pkt 6, §10 pkt 5;
11) wyczynowym uprawianiem sportu, za wyjątkiem sytuacji, gdzie Ubezpieczający rozszerzył zakres ubezpieczenia o wyczynowe uprawianie sportu, zgodnie z §4 ust. 3-4;
12) uprawianiem sportów i aktywności wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
13) nawykowym zwichnięciem;
14) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza;
15) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych

zespołów chorobowych towarzyszących AIDS;

16) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie Ubezpieczonego pod wypływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi, za wyjątkiem sytuacji, gdy do zdarzenia powstałego w następstwie lub w związku z materiałami wybuchowymi wykorzystywanymi do zajęć lekcyjnych.

18) operacją wtórną.

**2.** W przypadku Opcji DODATKOWEJ D4 (pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) i Opcji DODATKOWEJ D5 (pobyt w szpitalu w wyniku choroby), o których mowa w §11 ust. 1 pkt. 4 i 5 niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.

**3.** W przypadku Opcji DODATKOWEJ D6 (poważne zachorowania), InterRisk dodatkowo nie odpowiada za zdiagnozowanie nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ).

**4.** Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne.

**5.** InterRisk nie odpowiada za koszty leczenia, a także koszty leczenia stomatologicznego poniesione poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**6.** InterRisk nie pokrywa kosztów dojazdów do placówek medycznych przez Ubezpieczonego, zakupu leków oraz kosztów poniesionych w związku z uzyskaniem dokumentacji medycznej.

**7.** Zakres świadczeń Assistance EDU PLUS (opcja DODATKOWA D15) nie obejmuje:

1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że brak powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance nastąpił z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego;

3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.

**8.** InterRisk przysługuje prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do nauki lub pracy, o którym mowa w §11 ust. 1 pkt 11, w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do nauki lub pracy Ubezpieczony uczęszczał na zajęcia lekcyjne lub wykonywał pracę zawodową.

## CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§6

Opcja Podstawowa obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu określony przez lekarza zaufania,

c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

5) w przypadku **śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

6) w przypadku **pogryzienia przez psa**, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;

7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

## CO OFERUJE OPCJA PODSTAWOWA PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§7

**Opcja Podstawowa Plus** obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

b) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpił uszczerbek na zdrowiu wyłącznie za zdarzenia określone w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu EDU PLUS, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU,

c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) **w przypadku uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

3) **w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) **w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

5) **w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

6) w przypadku **pogryzienia przez psa**, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia;

7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

## CO OFERUJE OPCJA OCHRONA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§8

**Opcja Ochrona** obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
   a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,
   b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

3) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego;

**TABELA nr 1**

| Lp. | Rodzaj uszkodzenia ciała | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego | |
|---|---|---|---|
| Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata funkcji poszczególnych narządów: | | | |
| 1. | wzroku w obu oczach | 100 | |
| 2. | wzroku w jednym oku | 40 | |
| 3. | słuchu w obu uszach | 100 | |
| 4. | słuchu w jednym uchu | 20 | |
| 5. | mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną) | 40 | |
| 6. | nosa (łącznie z kośćmi nosa) | 20 | |
| 7. | małżowiny usznej | 10 | |
| 8. | utrata kończyny dolnej na poziomie: | | |
| a) | stawu biodrowego, uda, stawu kolanowego, podudzia, stopy | 50 | |
| b) | palucha | 5 | |
| c) | innego palca u stopy | 2 | |
| 9. | niedowład kończyny dolnej | 25 | |
| 10. | ograniczenie ruchomości stawu biodrowego | 20 | |
| 11. | ograniczenie ruchomości stawu kolanowego | 10 | |
| 12. | utrata kończyny dolnej na poziomie: | | |
| a) | stawu barkowego, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia, dłoni | prawy | lewy |
| | | 50 | 40 |
| b) | kciuka | 20 | 15 |
| c) | palca wskazującego | 15 | 10 |
| d) | innego palca u dłoni | 5 | 5 |
| 13. | porażenie nerwu promieniowego | 30 | 25 |
| 14. | porażenie nerwu łokciowego | 30 | 25 |
| 15. | ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie barkowym | 40 | 30 |
| 16. | ograniczenie ruchomości kończyny górnej w stawie łokciowym | 35 | 30 |
| 17. | ograniczenie ruchomości nadgarstka | 20 | 15 |
| 18. | narządów moczowo-płciowych: | | |
| a) | usunięcie macicy w wieku do 45 lat | 35 | |
| b) | usunięcie macicy w wieku powyżej 45 lat | 20 | |
| c) | usunięcie jajnika lub jądra | 20 | |
| d) | całkowita utrata prącia | 40 | |
| 19. | trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn | 100 | |

   a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego wymienionego w TABELI nr 1, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 1 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa częściowego, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla trwałego inwalidztwa częściowego,
   b) w odniesieniu do kończyn – przez utratę należy rozumieć również amputację całej kończyny lub jej części,
   c) jeżeli Ubezpieczony jest leworęczny, w zależności od rodzaju uszkodzenia doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku:
      – w przypadku uszkodzenia kończyny górnej lewej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej prawej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
      – w przypadku uszkodzenia kończyny górnej prawej, przysługuje świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia jak dla kończyny górnej lewej – zgodnie z TABELĄ nr 1,
   d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w pkt 5, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **zwrotu kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony dozna uszkodzenia ciała, powodującego trwałe inwalidztwo częściowe wymienione w TABELI nr 1, które zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagało zakupu wózka inwalidzkiego, to InterRisk zwróci koszty zakupu wózka inwalidzkiego maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

5) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 2 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

**TABELA nr 2**

| Lp. | Rodzaj złamania jednej lub więcej kości | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku |
|---|---|---|
| 1. | Złamanie kości czaszki (podstawy, sklepienia, twarzoczaszki), złamanie kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej), kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nad-krętarzowe) oraz kości talerza biodrowego: | |
| a) | wieloodłamowe otwarte | 100 |
| b) | inne złamania otwarte | 50 |
| c) | inne wieloodłamowe | 30 |

| | | |
|---|---|---|
| d) | inne złamania | 20 |
| e) | złamanie nosa | 10 |
| 2. | Złamanie kości udowej, piętowej: | |
| a) | wieloodłamowe otwarte | 50 |
| b) | inne złamania otwarte | 40 |
| c) | inne wieloodłamowe | 30 |
| d) | inne złamania | 20 |
| 3. | Złamanie kości podudzia, obojczyka, kostki bocznej i przyśrodkowej, kości ramiennej lub przedramienia (w tym nadgarstka): | |
| a) | wieloodłamowe otwarte | 50 |
| b) | inne złamania otwarte | 40 |
| c) | inne wieloodłamowe | 30 |
| d) | inne złamania | 20 |
| 4. | Złamania dolnej szczęki: | |
| a) | wieloodłamowe otwarte | 50 |
| b) | inne złamania otwarte | 40 |
| c) | inne wieloodłamowe | 30 |
| d) | inne złamania | 20 |
| 5. | Złamania łopatki, rzepki, mostka, śródręcza, śródstopia, kości stępu: | |
| a) | złamania otwarte | 30 |
| b) | inne złamania | 20 |
| 6. | Złamania kręgosłupa (trzonów kręgów): | |
| a) | złamania kompresyjne | 20 |
| b) | złamania kręgosłupa | 20 |
| c) | inne złamania wyrostków kolczystych i poprzecznych | 10 |
| 7. | Złamania żebra lub żeber, kości ogonowej, kulszowej, łonowej, górnej szczęki: | |
| a) | wieloodłamowe otwarte | 20 |
| b) | inne złamania | 10 |
| 8. | Złamania zębów stałych (za każdy ząb): | 5 |
| a) | łącznie nie więcej niż | 20 |
| 9. | Złamania palca | 5<br>nie mniej jednak niż 100 PLN |

a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ NR 2 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia za złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

b) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi złamanie jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem jednej lub więcej kości wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy świadczeniem przysługującym w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku;

6) w przypadku **ran będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:

a) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt b),

b) jeżeli w ciągu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony dozna rany palca kończyny górnej w następstwie nieszczęśliwego wypadku i zostanie poddany **zabiegowi założenia co najmniej dwóch szwów** (szycie rany) – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia;

7) w przypadku **urazów narządu ruchu będących następstwem nieszczęśliwego wypadku**:

a) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, gorsetu, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

b) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna urazu ciała, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości narządu ruchu, ale zgodnie z zaleceniem lekarza **narząd ruchu zostanie unieruchomiony na dłużej niż 7 dni** wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: kołnierza ortopedycznego, stabilizatora, ortezy, tutora gipsowego, longety, kamizelki ortopedycznej, powodującego wyłączenie czynności narządu ruchu – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

c) jeżeli w okresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony dozna **urazu palca lub palców u nóg lub palca lub palców dłoni**, w wyniku którego nie nastąpi złamanie kości, ale zgodnie z zaleceniem lekarza palec lub palce zostaną unieruchomione na dłużej niż 7 dni wyłącznie z zastosowaniem następującego środka medycznego: gipsu, gipsu syntetycznego (lekkiego), szyny, powodującego wyłączenie funkcji palca lub palców – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia,

d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, dojdzie do urazu narządu ruchu, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym urazem narządu ruchu wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 1, powstałe w skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku urazu narządu ruchu zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku urazu narządu ruchu;

8) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia**;

9) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwający co najmniej trzy dni – zgodnie z TABELĄ nr 3 – przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, uzależnione od liczby dniu pobytu w szpitalu;

**TABELA nr 3**

| Liczba dni pobytu w szpitalu | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku |
|---|---|
| od 3 do 4 dni | 20 |
| od 5 do 6 dni | 40 |
| od 7 do 8 dni | 60 |
| od 9 do 10 dni | 80 |
| powyżej 10 dni | 100 |

10) w przypadku **śmierci** opiekuna prawnego lub rodzica **Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

## CO OFERUJE OPCJA OCHRONA PLUS? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§9

**Opcja Ochrona Plus** obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

3) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w okresie ubezpieczenia w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

5) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ochrony ubezpieczeniowej;

6) w przypadku śmierci opiekuna prawnego lub rodzica **Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

7) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu w wyniku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia**;

8) w przypadku **trwałego inwalidztwa częściowego** – w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 4 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus:

**TABELA nr 4**

| Lp. | Rodzaj uszkodzenia ciała | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus |
|---|---|---|
| 1. | utrata kończyny górnej na poziomie barku lub ramienia | 80 |
| 2. | utrata kończyny górnej na poziomie łokcia lub przedramienia | 60 |
| 3. | utrata dłoni | 50 |
| 4. | całkowita utrata palców ręki II, III, IV, V | 8 - za każdy palec |
| 5. | całkowita utrata kciuka | 22 |
| 6. | utrata kończyny dolnej na poziomie stawu biodrowego lub kości udowej | 75 |
| 7. | całkowita utrata kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego, podudzia lub stawu skokowego | 60 |
| 8. | całkowita utrata stopy | 40 |
| 9. | całkowita utrata palców stopy II - V | 3 - za każdy palec |
| 10. | całkowita utrata palucha | 15 |
| 11. | całkowita utrata wzroku w jednym oku | 50 |
| 12. | całkowita utrata słuchu w jednym uchu | 30 |
| 13. | całkowita utrata słuchu w obu uszach | 50 |
| 14. | całkowita utrata mowy | 100 |
| 15. | całkowita utrata małżowiny usznej | 15 |
| 16. | całkowita utrata nosa | 20 |
| 17. | całkowita utrata zębów stałych | 2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie za utratę kilku zębów |
| 18. | usunięcie śledziony | 20 |
| 19. | usunięcie jednej nerki | 35 |
| 20. | usunięcie obu nerek | 75 |
| 21. | usunięcie macicy | 40 |
| 22. | usunięcie jajnika lub jądra | 20 |
| 23. | niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a | 100 |
| 24. | śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni | 100 |

a) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe, za które InterRisk wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym samym uszkodzeniem ciała powodującym trwałe inwalidztwo częściowe wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie określone w TABELI nr 5, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, a wypłaconym świadczeniem w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego;

9) w przypadku **złamań kości, zwichnięć lub skręceń stawów w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) w przypadku **złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia stawu lub skręcenia stawu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej – w zależności od rodzaju złamania, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus:

**TABELA nr 5**

| Lp. | Rodzaj złamania jednej lub więcej kości, zwichnięcia lub skręcenia stawu | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus |
|---|---|---|
| 1. | Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki | 5 |
| 2. | Złamania kości twarzoczaszki | 4 |
| 3. | Złamania łopatki, obojczyka, mostka | 4,5 - za każdą kość |
| 4. | Złamania żebra, żeber | 2 - za każde żebro 10 - maksymalnie w przypadku złamania wielu żeber |
| 5. | Zwichnięcie stawu barkowego, ramiennego | 5 |
| 6. | Złamania kości ramienia | 5 |
| 7. | Złamania kości przedramienia (każda kość) | 3 |
| 8. | Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego | 3 |
| 9. | Złamania w obrębie śródręcza, nadgarstka | 3 |
| 10. | Złamania kości palców ręki II -V | 2 - za każdy palec |
| 11. | Zwichnięcia stawów palców ręki II-V | 1 - za każdy palec |
| 12. | Złamania kciuka | 3 |
| 13. | Zwichnięcie kciuka | 3 |
| 14. | Niestabilne złamania miednicy | 10 |
| 15. | Stabilne złamania miednicy | 4,5 |
| 16. | Zwichnięcie stawu biodrowego | 10 |
| 17. | Złamania kości udowej | 6 |
| 18. | Złamania kości podudzia (każda kość) | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| 19. | Złamania rzepki | 4 |
| 20. | Zwichnięcie, skręcenie stawu kolanowego wymagające przeprowadzenia operacji | 4 |
| 21. | Złamania w obrębie śródstopia, kości stępu | 3 |
| 22. | Złamania palucha | 2,5 |
| 23. | Złamania kości palców stopy II-V | 2 - za każdy palec |
| 24. | Złamanie kości piętowej, kostki bocznej, przyśrodkowej | 3 |
| 25. | Zwichnięcie, skręcenie stawu skokowego wymagające przeprowadzenia operacji | 4,0 |
| 26. | Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgów (z wyłączeniem kości ogonowej) | 11 - za każdy krąg |
| 27. | Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgów | 2,5 - za każdy krąg |
| 28. | Złamania kości ogonowej | 3,5 |
| 29. | Złamanie zęba stałego | 0,5 – za każdy ząb<br>5 – maksymalnie w przypadku złamania wielu zębów stałych |
| 30. | Skręcenie stawu skokowego niewymagające przeprowadzenia operacji | 1 |

b) za wyjątkiem uszkodzeń, o których mowa w pkt 20 i 25 TABELI nr 5, w przypadku, gdy złamanie, zwichnięcie lub skręcenie wymagało przeprowadzania operacji, Ubezpieczonemu przysługuje oprócz świadczenia wynikającego z TABELI nr 5 dodatkowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus,

c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, nastąpi więcej niż jedno złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 5 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj złamania lub zwichnięcia lub skręcenia, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie dla Opcji Ochrona Plus,

d) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, wystąpi złamanie lub zwichnięcie lub skręcenie, za które InterRisk wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie, a następnie w związku z tym złamaniem, zwichnięciem lub skręceniem wystąpi trwałe inwalidztwo częściowe określone w TABELI nr 4, powstałe na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie wypłacone w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia zostanie zaliczone na poczet świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy wysokością świadczenia przysługującego w przypadku trwałego inwalidztwa częściowego, a wypłaconym świadczeniem w przypadku złamania lub zwichnięcia lub skręcenia;

10) w przypadku **nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem** – jeżeli w wyniku nagłego zatrucia gazami, bądź w przypadku porażenia prądem lub piorunem, w następstwie którego nastąpił co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu – przysługuje świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus;

11) w przypadku **uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, które wymagały interwencji lekarskiej w placówce medycznej oraz leczenia i co najmniej dwóch wizyt kontrolnych** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Ochrona Plus, a z tytułu których nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w pkt 4) oraz pkt 7)-10) i 12);

12) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny jest co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

## CO OFERUJE OPCJA PROGRESJA? RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§10

**Opcja Progresja** obejmuje następujące świadczenia:

1) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**:

a) **w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia,

b) **w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100%** – świadczenie w ramach systemu świadczeń progresywnych, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:

- 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA, za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% - 25%,
- 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA, za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 26% - 50%,
- 2,0% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA, za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% - 75%,
- 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA, za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%,

c) **koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku,

d) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

- Ubezpieczonemu na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
- zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż padaczka została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

3) w przypadku **śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) w przypadku **zdiagnozowania u Ubezpieczonego sepsy** – jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż sepsa została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

5) w przypadku **śmierci** opiekuna prawnego lub rodzica **Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do dwóch zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

6) w przypadku **pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia** – jednorazowe świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem co najmniej dwudniowego pobytu w szpitalu;

7) w przypadku **wstrząśnienia mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczny był co najmniej trzydniowy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.

## O JAKIE OPCJE DODAKTOWE MOŻESZ ROZSZERZYĆ WYBRANĄ OPCJĘ?

§11

**1.** Za zapłatą dodatkowej składki **Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus** lub **Opcja Progresja** może zostać rozszerzona o poniższe **Opcje Dodatkowe (D1-D14)**, obejmujące następujące świadczenia:

1) **Opcja Dodatkowa D1** – **śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D1, pod warunkiem, iż:

a) wypadek komunikacyjny w związku z ruchem pojazdu, o którym mowa w §2 pkt 39 niniejszych OWU wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku;

2) **Opcja Dodatkowa D2** – **oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w TABELI nr 6:

**TABELA nr 6**

| Stopień oparzenia | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D2 |
|---|---|
| II stopień | 10 |
| III stopień | 30 |
| IV stopień | 50 |

3) **Opcja Dodatkowa D3** – **odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w TABELI nr 7:

**TABELA nr 7**

| Stopień odmrożenia | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D3 |
|---|---|
| II stopień | 10 |
| III stopień | 30 |
| IV stopień | 50 |

4) **Opcja Dodatkowa D4** – **pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D4, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

5) **Opcja Dodatkowa D5** – **pobyt w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D5, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, w związku z chorobą, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby przysługuje maksymalnie za 60 dni pobytu w szpitalu. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia;

6) **Opcja Dodatkowa D6** – **poważne zachorowania** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D6, pod warunkiem zachorowania i zdiagnozowania u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, następującego rodzaju poważnego zachorowania:

   a) **nowotwór złośliwy**,
   b) **paraliż**,
   c) **niewydolność nerek**,
   d) **transplantacja głównych organów**,
   e) **poliomyelitis**,
   f) **utrata mowy**,
   g) **utrata słuchu**,
   h) **utrata wzroku**,
   i) **anemia aplastyczna**,
   j) **stwardnienie rozsiane**;

7) **Opcja Dodatkowa D7** – **koszty operacji plastycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D7, pod warunkiem, iż:

   a) operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
   b) koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku;

8) **Opcja Dodatkowa D8** – **operacje w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w TABELI nr 8, pod warunkiem, iż operacja:

   a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
   b) została przeprowadzona w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu:

**TABELA nr 8**

| Rodzaj operacji | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8 |
|---|---|
| Operacje powłok ciała: | |
| operacje plastyczne/rekonstrukcyjne następstw nieszczęśliwych wypadków | 15 |
| Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej: | |
| operacje przełyku | 100 |
| resekcja żołądka | 70 |
| resekcja jelita | 40 |
| operacje wątroby | 90 |
| operacje trzustki | 90 |
| operacje śledziony | 40 |
| Amputacje: | |
| amputacja palców rąk i nóg - każdy | 10 |
| amputacja dłoni, przedramienia, stopy | 30 |
| amputacja na poziomie podudzia, ramienia | 50 |
| amputacja na poziomie uda | 70 |
| amputacja kończyny na poziomie stawu biodrowego | 100 |
| Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej: | |
| operacje płuca | 100 |
| Operacje narządów zmysłu: | |
| operacje oka: | |
| urazowe uszkodzenie gałki ocznej | 20 |
| usunięcie gałki ocznej | 40 |
| odwarstwienie siatkówki | 20 |
| operacje ucha: | |
| zabiegi w obrębie ucha środkowego | 40 |
| zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego | 65 |
| operacje nosa: | |
| operacja zatok | 15 |
| operacje przegrody nosowej i małżowin nosa | 10 |
| Operacyjne leczenie złamań: | |
| kości czaszki | 50 |
| kości twarzoczaszki | 30 |
| nosa | 10 |
| kręgosłupa | 50 |
| obręczy barkowej | 30 |
| żeber, mostka | 10 |
| kości przedramienia | 15 |
| kości stępu, śródstopia | 10 |
| uda | 30 |
| ramienia lub podudzia | 25 |
| rzepki lub miednicy | 20 |
| nadgarstka, śródręcza | 10 |

| | |
|---|---|
| Operacyjne leczenie zwichnięć/skręceń stawu: | |
| biodrowego lub kręgosłupa | 45 |
| barkowego | 30 |
| kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka | 20 |
| Operacje układu moczowo - płciowego: | |
| operacje nerki, dróg moczowych | 65 |
| operacje ginekologiczne: | |
| jajnika i jajowodu | 20 |
| w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy | 20 |
| macicy | 65 |
| operacje męskich narządów płciowych | 20 |
| Operacje neurochirurgiczne: | |
| operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy | 100 |
| Przeszczepy: | |
| przeszczep serca | 100 |
| przeszczep wątroby | 100 |
| przeszczep nerki | 100 |
| przeszczep innych narządów | 65 |

c) jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 8 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D8;

9) **Opcja Dodatkowa D9** – **operacje w wyniku choroby** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9, uzależnione od rodzaju operacji, określonej wyłącznie w TABELI nr 9, pod warunkiem, iż operacja:

a) została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia choroby, która została zdiagnozowania po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia,

b) została przeprowadzona w trakcie trwania okresu ubezpieczenia w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu,

**TABELA nr 9**

| Rodzaj operacji | Wysokość świadczenia wyrażona jako wartość procentowa (%) sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9 |
|---|---|
| **Operacje przewodu pokarmowego i narządów jamy brzusznej:** | |
| operacje przełyku: częściowa resekcja przełyku | 80 |
| całkowita resekcja przełyku | 100 |
| zespolenie omijające przełyk | 80 |
| operacja naprawcza przełyku / wszczepienie endoprotezy przełyku | 80 |
| operacje żołądka: | |
| częściowa resekcja żołądka | 80 |
| / wycięcie zmiany żołądka | |
| całkowita resekcja żołądka | 100 |
| operacje jelit | 40 |
| operacja wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych | 10 |
| operacje wątroby: | |
| częściowa resekcja wątroby | 90 |
| / wycięcie zmiany wątroby | |
| całkowita resekcja wątroby | 90 |
| operacje trzustki: | |
| wycięcie zmiany trzustki | 90 |
| całkowita resekcja trzustki /wycięcie głowy trzustki | 100 |
| całkowita resekcja śledziony | 40 |
| **Amputacje:** | |
| amputacja kciuka | 10 |
| amputacja dłoni | 35 |
| amputacja na poziomie przedramienia | 40 |
| amputacja na poziomie ramienia | 50 |
| amputacja stopy | 40 |
| amputacja na poziomie uda, podudzia | 65 |
| całkowita amputacja kończyny z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | 100 |
| amputacja prosta sutka | 40 |
| amputacja całkowita sutka / ów z doszczętnym usunięciem węzłów pachowych | 80 |
| **Operacje układu oddechowego:** | |
| operacje nosa: | |
| operacja zatok | 20 |
| operacja przegrody nosowej i małżowin nosa | 20 |
| wycięcie krtani | 90 |
| operacje tchawicy: | |
| częściowe wycięcie tchawicy | 90 |
| plastyka tchawicy | 80 |
| protezowanie tchawicy metodą otwartą | 80 |
| tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) | 10 |
| otwarta operacja tchawicy | 30 |
| częściowe usunięcie oskrzela | 30 |
| wycięcie płuca (całego lub fragmentu tkanki płucnej) | 100 |
| operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej) | 80 |
| **Operacje jamy ustnej:** | |
| operacje warg | 10 |
| wycięcie języka | 40 |
| wycięcie migdałków | 1 |
| operacje ślinianek/ przewodów ślinowych | 5 |
| **Operacje oka:** | |
| usunięcie gałki ocznej | 40 |
| operacje oczodołu | 50 |
| protezowanie gałki ocznej | 30 |
| operacje dotyczące powiek lub gruczołu łzowego | 20 |
| operacje spojówek | 10 |
| operacje na rogówce lub twardówce | 10 |
| zabieg naprawczy odklejenia siatkówki | 5 |
| **Operacje ucha:** | |
| operacje wyrostka sutkowatego | 80 |
| zabiegi w obrębie ucha środkowego | 40 |
| zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego | 30 |
| zabiegi w obrębie ucha zewnętrznego | 10 |
| operacje ślimaka | 80 |
| operacje aparatu przedsionkowego | 70 |
| **Operacje układu nerwowego:** | |
| kraniotomia – otwarcie czaszki | 100 |
| trepanacja czaszki | 20 |
| wycięcie zmiany / resekcja tkanki mózgowej | 90 |

| | |
|---|---|
| stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej | 90 |
| wszczepienie stymulatora mózgu | 90 |
| wentrykulostomia | 80 |
| operacje na oponach mózgu i przestrzeni okołooponowej | 90 |
| operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu | 80 |
| operacje nerwów czaszkowych | 80 |
| operacja nerwów rdzeniowych | 30 |
| operacje rdzenia kręgowego | 100 |
| sympatektomia | 80 |
| **Operacje układu moczowego:** | |
| operacje nerki: | |
| całkowite wycięcie nerki | 80 |
| częściowe wycięcie nerki/ usunięcie zmiany nerki | 80 |
| nacięcie nerki | 50 |
| operacje moczowodu | 50 |
| operacja w zakresie ujścia moczowodu | 30 |
| operacje pęcherza moczowego: | |
| całkowite wycięcie pęcherza moczowego | 90 |
| częściowe wycięcie pęcherza moczowego | 80 |
| plastyka ujścia pęcherza | 40 |
| wycięcie cewki moczowej | 70 |
| **Operacje naczyń tętniczych i żylnych:** | |
| operacje dużych naczyń tętniczych (aorty, tętnicy płucnej, szyjnej, podobojczykowej, nerkowej, biodrowej, udowej) | 100 |
| operacja tętniaka tętnic mózgu | 100 |
| zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej | 90 |
| **Operacje serca:** | |
| plastyka przedsionka serca | 90 |
| pomostowanie tętnic wieńcowych | 80 |
| otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca | 100 |
| wszczepienie rozrusznika/stymulatora | 40 |
| operacje osierdzia | 40 |

c) jeżeli w wyniku tej samej choroby zostanie wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje – zgodnie z TABELĄ nr 9 – świadczenie będące sumą kwot za każdy rodzaj operacji, ale wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D9;

10) **Opcja Dodatkowa D10** – **koszty leczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D10, a w przypadku kosztów rehabilitacji nie więcej niż 500 zł, pod warunkiem, iż koszty leczenia:

a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

11) **Opcja Dodatkowa D11** – **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do nauki lub pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – świadczenie w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D11, za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:

a) 10-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku, gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie do 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy,

b) 1-go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki, w przypadku, gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni, za wyjątkiem dni wolnych od nauki lub pracy.

Świadczenia przysługuje maksymalnie za 10 miesięcy czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

12) **Opcja Dodatkowa D12** – **zdiagnozowanie u Ubezpieczonego wady wrodzonej serca** – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem, że wada wrodzona serca została zdiagnozowana po raz pierwszy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

13) **Opcja Dodatkowa D13** – **koszty leczenia stomatologicznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D13, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:

a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej,

b) zostały poniesione na odbudowę stomatologiczną uszkodzonego lub utraconego zęba stałego,

c) zostały poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie maksymalnie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

14) **Opcja Dodatkowa D14** – **uciążliwe leczenie w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – wypłata świadczenia w wysokości 2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Dodatkowej D14, pod warunkiem, iż:

a) nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu) bądź trwałego inwalidztwa częściowego, złamania kości, ran ciętych lub szarpanych, urazów narządów ruchu, wstrząśnienia mózgu,

b) przebieg leczenia spowodował czasową niezdolność do nauki lub pracy przez okres nie krótszy niż 10 dni.

## JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D15 – ASSISTANCE EDU PLUS?

§12

Za zapłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus, Opcja Progresja dodatkowo może zostać rozszerzona o Opcję Dodatkową D15 – **Assistance EDU PLUS** obejmującą:

1) **pomoc medyczną**:

a) wizyta lekarza Centrum Assistance – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za pierwszą wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego,

b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego i rodzaj wymaganej pomocy medycznej wymaga organizacji wizyty lekarza specjalisty, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje wizytę w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego,

c) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. InterRisk pokrywa koszty wizyt pielęgniarki do wysokości sumy ubezpieczenia,

d) dostawa leków – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Assistance, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza Centrum Assistance. Koszt leków ponosi Ubezpieczony,

e) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 7 dni, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, po uzyskaniu zalecenia lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji, który łącznie nie może przekroczyć 96 godzin, do wysokości sumy ubezpieczenia. Usługa opieki domowej obejmuje:

i. robienie zakupów spożywczo-przemysłowych pierwszej potrzeby – koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony,

ii. przygotowywanie posiłków – przy użyciu produktów, środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,

iii. pomoc w utrzymaniu czystości w domu: sprzątanie podłóg, dywanów i wykładzin dywanowych, ścieraniu kurzy, wyrzucaniu śmieci, zmywaniu naczyń, czyszczeniu powierzchni roboczych w kuchni (blatów, płyty kuchennej oraz zlewu), sprzątaniu łazienki; podlewaniu roślin w domu i ogrodzie – przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego,

f) transport medyczny – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi,

który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej,

g) infolinia medyczna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem Centrum Assistance, który udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza Centrum Assistance nie mają charakteru diagnostycznego. Ponadto za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
   - informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
   - informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
   - informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji) w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;

2) **indywidualne korepetycje** – jeżeli Ubezpieczony uczeń lub student uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego nie mógł uczęszczać na zajęcia lekcyjne nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni, udokumentowane zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance zorganizuje i pokryje koszt indywidualnych korepetycji z wybranych przez Ubezpieczonego ucznia lub studenta przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w szkole lub uczelni maksymalnie do 10 godzin lekcyjnych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

3) **pomoc rehabilitacyjną** – jeżeli Ubezpieczony, będący pracownikiem placówki oświatowej, za wyjątkiem uczniów i studentów, uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, w wyniku którego czasowo utracił zdolność do wykonywania pracy trwającą nieprzerwanie co najmniej 7 dni, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim, InterRisk za pośrednictwem Centrum Assistance na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt pracy rehabilitanta w miejscu pobytu Ubezpieczonego maksymalnie do 8 godzin rehabilitacji w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

### JAKĄ POMOC OTRZYMASZ W RAMACH OPCJI DODATKOWEJ D16 – TELEMEDYCYNA?

§13

**1.** Za zapłatą dodatkowej składki Opcja Podstawowa, Opcja Podstawowa Plus, Opcja Ochrona, Opcja Ochrona Plus, Opcja Progresja może zostać rozszerzona o Opcję Dodatkową D16 – Telemedycyna.

**2.** W ramach Opcji Dodatkowej D16 – Telemedycyna – InterRisk za pośrednictwem Centrum Telemedycyny zorganizuje i pokryje, z zastrzeżeniem §14 ust. 4, koszt 12 e-konsultacji internistycznych, pediatrycznych lub dietetycznych w ciągu okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pomiędzy dwoma następującymi po sobie e-konsultacjami musi nastąpić minimum 12 godzinna przerwa.

**3.** Warunkiem skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji jest posiadanie przez Ubezpieczonego urządzeń umożliwiających komunikację w formie w jakiej prowadzona będzie konsultacja spełniających wymagania określone w załączniku nr 2 do OWU. Koszty połączeń i usług internetowych Ubezpieczony ponosi we własnym zakresie.

### SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§14

**1.** Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla Opcji Podstawowej lub Opcji Podstawowej Plus lub Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz dla poszczególnych Opcji Dodatkowych (D1-D14), o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1), 3) i ust. 2 pkt 1) – 14).

**2.** Dla Opcji Ochrona, o której mowa w §4 ust. 1 pkt 2, sumy ubezpieczenia ustalone są dla każdego zdarzenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Odrębne sumy ubezpieczenia, określone w umowie ubezpieczenia, które w zależności od wybranego wariantu – zgodnie z TABELĄ nr 10 – wynoszą:

**3.** Dla Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 15 oraz §12, suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 5.000 PLN.

**4.** Dla Opcji DODATKOWEJ D16 – **Telemedycyna**, o której mowa w §4 ust. 2 pkt 16 oraz § 13, sumę ubezpieczenia stanowi koszt 12 e-konsultacji, o których mowa w §13 ust. 2, ale nie więcej niż 5.000 PLN.

**5.** Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.

**6.** Górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 100% sumy ubezpieczenia w przypadku Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, Opcji Dodatkowych (D1-D16), za wyjątkiem:

1) Opcji Progresja, gdzie górną granicą odpowiedzialności InterRisk jest kwota stanowiąca 250% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla Opcji Progresja;

2) Opcji Ochrona, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie dla każdego zdarzenia.

**7.** W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności określonej osobno dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona, Opcji Ochrona Plus lub Opcji Progresja oraz wybranej Opcji Dodatkowej (D1-D16).

### CO TRZEBA ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UBEZPIECZYĆ? ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§15

**1.** Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:

1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;

2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej;

3) liczbę dzieci, uczniów, studentów i pracowników placówek oświatowych zgłoszonych do ubezpieczenia;

4) przedmiot i zakres (opcja, wariant) ubezpieczenia;

5) propozycję sum ubezpieczenia dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus, Opcji Progresja, a w przypadku Opcji Ochrona propozycję odrębnych sum ubezpieczenia dla każdego zdarzenia;

6) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji Dodatkowych (D1-D14) – w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o rozszerzenie zakresu o Opcje Dodatkowe (D1-D14);

7) okres ubezpieczenia;

8) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.

**2.** InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.

**3.** Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.

**4.** Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.

**5.** InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

§16

**1.** Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 66-68.

**2.** Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.

**3.** Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest w formie imiennej lub za zgodą Ubezpieczyciela w formie bezimiennej, pod warunkiem ubezpieczenia co najmniej 90% osób w danej placówce oświatowej oraz z zastrzeżeniem ust. 4.

**4.** W przypadku rozszerzenia zakresu o opcję Dodatkową D15 – Assistance EDU PLUS i D16 – Telemedycyna, o których mowa w §12 i 13, umowę ubezpieczenia grupowego zawiera się w formie imiennej.

**5.** Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

**TABELA nr 10**

| Rodzaj ubezpieczenia | SUMA UBEZPIECZENIA (PLN) | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Wariant | | | | | | | | | | |
| | 0-1 | 0-2 | 0-3 | 0-4 | 0-5 | 0-6 | 0-7 | 0-8 | 0-9 | 0-10 | 0-11 |
| Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 3.000 | 5.000 | 6.000 | 7.000 | 8.000 | 9.000 | 10.000 | 11.000 | 12.000 | 13.000 | 14.000 |
| Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego sepsy | 300 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | 1.000 | 1.100 | 1.200 | 1.300 | 1.400 |
| Trwałe inwalidztwo częściowe | 3.000 | 5.000 | 6.000 | 7.000 | 8.000 | 9.000 | 10.000 | 11.000 | 12.000 | 13.000 | 14.000 |
| Zwrot kosztów zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 | 5.000 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Złamania jednej lub więcej kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 500 | 1.000 | 1.250 | 1.500 | 1.750 | 2.000 | 2.250 | 2.500 | 2.750 | 3.000 | 3.250 |
| Rany będące następstwem nieszczęśliwego wypadku | 50 | 100 | 150 | 200 | 250 | 300 | 350 | 400 | 500 | 600 | 700 |
| Urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku | 50 | 100 | 150 | 200 | 250 | 300 | 350 | 400 | 500 | 600 | 700 |
| Pogryzienie przez psa, pokąsania, ukąszenie/użądlenie | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 110 | 120 | 130 | 140 | 150 |
| Wstrząśnienie mózgu w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 300 | 500 | 750 | 1.000 | 1.250 | 1.500 | 1.750 | 2.000 | 2.250 | 2.500 | 2.750 |
| Śmierć opiekuna prawnego lub rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku | 3.000 | 5.000 | 6.000 | 7.000 | 8.000 | 9.000 | 10.000 | 11.000 | 12.000 | 13.000 | 14.000 |

**OD KIEDY UBEZPIECZENIE GWARANTUJE OCHRONĘ I KIEDY ONA SIĘ KOŃCZY? POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK**

§17

**1.** W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.

**2.** Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

**3.** Odpowiedzialność InterRisk ustaje:

1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia;

2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;

3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §18 ust. 2-4;

4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;

5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie;

6) wobec Ubezpieczonego – z dniem jego zgonu;

7) wobec Ubezpieczonego w grupowej umowie ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z ubezpieczenia. Ubezpieczony może wystąpić z ubezpieczenia w każdym czasie.

**4.** Wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku, gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, pod warunkiem, że InterRisk, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki, potwierdzi w formie pisemnej wznowienie ochrony.

**ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

§18

**1.** Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

**2.** Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

**3.** W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

**4.** Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.

**5.** Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §17 ust. 3 pkt 4.

**OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ? SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

§19

**1.** Wysokość składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.

**2.** Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od:

1) przedmiotu ubezpieczenia;

2) zakresu ubezpieczenia;

3) okresu ubezpieczenia;

4) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia;

5) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;

6) informacji o szkodowości.

**3.** Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc określoną sumę ubezpieczenia przez właściwą dla danej Opcji stawkę określoną w złotych polskich, uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:

1) Opcji Ochrona;

2) Opcji DODATKOWEJ D 15 – Assistance Edu Plus;

3) Opcji DODATKOWEJ D 16 – Telemedycyna,

w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo dla każdego Ubezpieczonego.

**4.** Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:

1) dla Opcji Podstawowej, Opcji Podstawowej Plus, Opcji Ochrona Plus oraz Opcji Progresja ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;

2) dla Opcji Ochrona ustala się w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia;

3) dla poszczególnych Opcji Dodatkowych ustala się w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia. Wysokość składki za każde świadczenie dodatkowe i dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia;

4) dla Opcji DODATKOWEJ D15 – Assistance Edu Plus oraz Opcji DODATKOWEJ D16 – Telemedycyna, wysokość składki dla każdego Ubezpieczonego ustalana jest kwotowo.

**5.** InterRisk może zastosować zwyżki składki, w szczególności z tytułu:

1) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób uprawiających sport wyczynowo;

2) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.

**6.** InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:

1) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia;

2) niskiej szkodowości w poprzednich okresach ubezpieczenia;

3) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU.

**7.** Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.

**8.** Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.

**9.** Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawierania umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia.

**10.** W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

**11.** W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

**JAKIE OBOWIĄZKI MA UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, A JAKIE INTERRISK? PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA**

§20

**1.** Ubezpieczający obowiązany jest do:

1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach;

2) zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;

3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie;

4) umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku;

5) przekazywania InterRisk w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności listy osób przystępujących do ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej;

6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU;

7) do doręczenia Ubezpieczonym OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;

8) poinformowania Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz dostarczenia Ubezpieczonemu postanowień umownych w zakresie stanowiącym o jego prawach i obowiązkach, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;

9) w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

**2.** Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.

**3.** InterRisk obowiązany jest do:

1) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji;

2) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia;

3) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;

4) udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu w taki sposób, aby Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia;

5) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;

6) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego, i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa;

7) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia;

8) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie przepisami prawa;

9) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §22 ust. 7;

10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §22 ust. 7.

**4.** Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.

**5.** Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

## CO ZROBIĆ, ŻEBY DOSTAĆ ŚWIADCZENIE? ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§21

W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest do:

1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;

2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;

3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

§22

**1.** Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk.

**2.** Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:

1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;

2) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego;

3) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony;

4) datę wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia;

5) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.

**3.** W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:

1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile zostało dokonane;

2) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;

3) kartę informacyjną ze szpitala;

4) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie:

a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;

5) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:

a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie której przyznano rentę szkoleniową osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty;

6) celem refundacji poniesionych: kosztów leczenia, kosztów leczenia stomatologicznego – okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty, a także dokumentację medyczną z odbytych wizyt, zabiegów, pobytu w szpitalu, operacji. Dodatkowo celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – okazać dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne;

7) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:

a) kopię prawa jazdy i uprawnień wymaganych zgodnie z przepisami prawa,

b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu;

8) w przypadku pogryzienia przez psa, pokąsania, ukąszenia/użądlenia – kartę informacyjną ze szpitala;

9) w przypadku czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub nauki:

a) kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła ww. zaświadczenie oraz zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie – w przypadku Ubezpieczonego będącego pracownikiem placówki oświatowej, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,

b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres niezdolności do nauki i zaświadczenie ze szkoły potwierdzające nieobecność na zajęciach lekcyjnych – w przypadku uczniów i studentów;

10) w przypadku uciążliwego leczenia – zaświadczenie lekarskie zawierające informację o okresie niezdolności do nauki lub pracy oraz potwierdzenie nieobecności Ubezpieczonego w pracy lub na zajęciach lekcyjnych przez zakład pracy lub szkołę.

**4.** InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.

**5.** InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego

i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

**6.** Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jego przedstawiciela ustawowego.

**7.** Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

**8.** W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

**9.** W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązany jest telefonicznie skontaktować się z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:

1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego;
2) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
3) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
4) okres ubezpieczenia;
5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
6) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.

**10.** W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji DODATKOWEJ D15 – **Assistance EDU PLUS**, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także okazać Ubezpieczycielowi oryginały imiennych rachunków lub faktur VAT oraz dowody ich zapłaty.

**11.** W celu zrealizowania świadczenia w ramach Opcji DODATKOWEJ D16 – **Telemedycyna**, Ubezpieczony zobowiązany jest zarejestrować się na portalu Centrum Telemedycyny dostępnego na stronie internetowej www.interrisk.pl i postępować zgodnie ze wskazaniami aplikacji.

§23

**1.** Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku.

**2.** Stopień uszczerbku na zdrowiu lub rodzaj inwalidztwa, w ramach Opcji Podstawowej, Opcji Progresja, może być ustalony zaocznie przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji z przebiegu leczenia lub na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza zaufania z udziałem Ubezpieczonego.

**3.** Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej i Opcji Progresja ustalany jest wyłącznie na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek zgodnie z postanowieniami §19 ust. 3 pkt 4.

**4.** Stopień uszczerbku na zdrowiu w ramach Opcji Podstawowej Plus ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus i wyłącznie za uszkodzenia ciała wyszczególnione w Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Edu Plus, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWU.

**5.** Stopień trwałego inwalidztwa, złamań kości, zwichnięć i skręceń stawów w ramach Opcji Ochrona i Opcji Ochrona Plus, ustalany jest na podstawie Tabel 1-5 wskazanych w niniejszych OWU i wyłącznie za trwałe inwalidztwo, złamania kości, zwichnięcia i skręcenia stawów wyszczególnione w Tabelach 1-5.

**6.** Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu lub trwałego inwalidztwa częściowego nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.

**7.** W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§24

**1.** InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

**2.** Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.

**3.** InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

**4.** Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

**5.** Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.

**6.** Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 3 lub 4, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§25

**1.** Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.

**2.** Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

**3.** Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera lub osobiście albo ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 212 20 12) lub osobiście do protokołu w oddziale lub filii InterRisk. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy skarga lub reklamacja.

**4.** Na żądanie osoby składającej reklamację w sposób inny niż za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, InterRisk potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.

**5.** Jednostka organizacyjna InterRisk, której dotyczy skarga lub reklamacja udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, termin rozpatrzenia skargi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.

**6.** InterRisk udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na skargę może być udzielana także w innej formie uzgodnionej z osobą wnoszącą skargę. Odpowiedź na reklamację na wniosek osoby wnoszącej reklamację może zostać udzielona drogą elektroniczną.

**7.** Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

**8.** InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§26

**1.** Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.

**2.** Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

**3.** Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

**4.** InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

5. Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/.
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
7. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/24/04/2017 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 24.04.2017r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 25.04.2017r.

Prezes Zarządu

Piotr Narloch

Członek Zarządu

Katarzyna Grześkowiak

**Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS**

**TABELA NORM USZCZERBKU NA ZDROWIU EDU PLUS**

| I. USZKODZENIA GŁOWY | Procent uszczerbku na zdrowiu |
|---|---|
| 1. ZŁAMANIE KOŚCI POKRYWY CZASZKI | 5 |
| 2. ZŁAMANIE KOŚCI PODSTAWY CZASZKI | 10 |
| 3. USZKODZENIA CZĘŚCI MIEKKICH GŁOWY (BEZ USZKODZEŃ KOSTNYCH) - RANY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY (BLIZNY I UBYTKI) | 1 |
| **II. USZKODZENIA TWARZY** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. USZKODZENIA POWŁOK TWARZY (BLIZNY I UBYTKI) | 2 |
| 2. ZŁAMANIA KOŚCI TWARZOCZASZKI | 3 |
| 3. ZŁAMANIE KOŚCI NOSA | 2 |
| 4. CAŁKOWITA UTRATA NOSA | 20 |
| 5. UTRATA SKRZYDEŁKA NOSA | 8 |
| 6. CZĘŚCIOWA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - za każdy | 1 |
| 7. CAŁKOWITA UTRATA ZĘBA STAŁEGO - za każdy | 2 |
| 8. ZŁAMANIE KOŚCI SZCZĘKI LUB ŻUCHWY | 2 |
| 9. CZĘŚCIOWA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY | 10 |
| 10. CAŁKOWITA UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY | 40 |
| 11. CAŁKOWITA UTRATA JĘZYKA | 30 |
| **III. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W JEDNYM OKU | 50 |
| 2. CAŁKOWITA UTRATA WZROKU W OBU OCZACH | 100 |
| 3. USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - ciała obce | 5 |
| 4. USZKODZENIE GAŁKI OCZNEJ - odwarstwienie siatkówki jednego oka | 15 |
| **IV. USZKODZENIE MOWY** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. CAŁKOWITA UTRATA MOWY | 100 |
| **V. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. UTRATA SŁUCHU W JEDNYM UCHU | 30 |
| 2. CAŁKOWITA UTRATA SŁUCH W OBU USZACH | 70 |
| 3. CZĘŚCIOWA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ LUB ZNIEKSZTAŁCENIE (blizny, oparzenia, odmrożenia) | 2 |
| 4. CAŁKOWITA UTRATA MAŁŻOWINY USZNEJ | 8 |
| 5. UTRATA OBU MAŁŻOWIN USZNYCH | 10 |
| **VI. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. USZKODZENIE LUB ZWĘŻENIE KRTANI POZWALAJĄCE NA OBCHODZENIE SIĘ BEZ RURKI TCHAWICZEJ | 5 |
| 2. USZKODZENIE KRTANI, POWODUJĄCE KONIECZNOŚĆ STAŁEGO STOSOWANIA RURKI TCHAWICZEJ | 25 |
| 3. USZKODZENIE TCHAWICY - ZWĘŻENIE | 2 |
| 4. USZKODZENIE PRZEŁYKU POWODUJĄCE CAŁKOWITĄ NIEDROŻNOŚĆ PRZEŁYKU ZE STAŁĄ PRZETOKĄ ŻOŁĄDKOWĄ | 40 |
| 5. USZKODZENIE SZYI: MIĘŚNI LUB TKANEK MIĘKKICH SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA | 1 |

| VII. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I JEJ NASTĘPSTWA | Procent uszczerbku na zdrowiu |
|---|---|
| 1. CZĘŚCIOWA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET | 1 |
| 2. CAŁKOWITA UTRATA BRODAWKI SUTKOWEJ U KOBIET | 8 |
| 3. CZĘŚCIOWA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO | 5 |
| 4. CAŁKOWITA UTRATA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO | 8 |
| 5. ZŁAMANIE ŻEBER - za każde, maksymalnie 10% | 1 |
| 6. ZŁAMANIE MOSTKA | 3 |
| 7. USZKODZENIE SERCA LUB OSIERDZIA (POURAZOWE, POZAWAŁOWE): | 10 |
| **VIII. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. USZKODZENIA POWŁOK JAMY BRZUSZNEJ – blizny nie będące następstwem zabiegów operacyjnych | 1 |
| 2. USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego | 2 |
| 3. USZKODZENIE ŻOŁĄDKA, JELIT - odżywianie wyłącznie parenteralne | 20 |
| 4. USZKODZENIA ZWIERACZA ODBYTU | 5 |
| 5. USZKODZENIE ŚLEDZIONY | 3 |
| 6. CAŁKOWITA UTRATA ŚLEDZIONY | 10 |
| 7. USZKODZENIA WĄTROBY - resekcja fragmentu wątroby | 10 |
| 8. USZKODZENIA TRZUSTKI | 10 |
| **IX. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY DRUGIEJ ZDROWEJ I PRAWIDŁOWO DZIAŁAJĄCEJ | 20 |
| 2. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEJ NERKI PRZY UPOŚLEDZENIU FUNKCJONOWANIA DRUGIEJ NERKI LUB USZKODZENIE OBU NEREK PROWADZĄCE DO ICH SCHYŁKOWEJ NIEWYDOLNOŚCI - schyłkowa niewydolność nerek | 50 |
| 3. USZKODZENIE MOCZOWODU | 10 |
| 4. USZKODZENIE CEWKI MOCZOWEJ | 5 |
| 5. CAŁKOWITA UTRATA PRĄCIA | 30 |
| 6. CZĘŚCIOWA UTRATA PRĄCIA | 10 |
| 7. CAŁKOWITA UTRATA JEDNEGO JĄDRA LUB JAJNIKA | 10 |
| 8. CAŁKOWITA UTRATA OBU JĄDER LUB JAJNIKÓW | 30 |
| 9. POURAZOWY WODNIAK JĄDRA | 5 |
| 10. CAŁKOWITA UTRATA MACICY | 40 |
| 11. USZKODZENIE POCHWY | 5 |
| 12. USZKODZENIE MACICY | 10 |
| **X. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I RDZENIA KRĘGOWEGO** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA - następstwa urazów skrętnych | 2 |
| 2. ZŁAMANIA TRZONÓW KRĘGÓW - za każdy | 5 |
| 3. ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA – ŁUKÓW, WYROSTKÓW POPRZECZNYCH, KOLCZYSTYCH – ZA KAŻDY | 2 |
| **XI. USZKODZENIA MIEDNICY** | **Procent uszczerbku na zdrowiu** |
| 1. ZŁAMANIE MIEDNICY | 10 |

| XII. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ | Procent uszczerbku na zdrowiu | |
|---|---|---|
| | prawa | lewa |
| 1. ZŁAMANIE ŁOPATKI | 3 | 2 |
| 2. ZŁAMANIE OBOJCZYKA | 3 | 2 |
| 3. ZWICHNIĘCIE STAWU OBOJCZYKOWO-BARKOWEGO LUB OBOJCZYKOWO-MOSTKOWEGO | 1 | 1 |
| 4. USZKODZENIE STAWU ŁOPATKOWO - RAMIENNEGO | 1 | 1 |
| 5. CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY W STAWIE BARKOWYM | 70 | 60 |
| 6. ZŁAMANIE NASADY BLIŻSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ | 1 | 1 |
| 7. UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE RAMIENIA | 65 | 60 |
| 8. ZŁAMANIE NASADY DALSZEJ KOŚCI RAMIENNEJ, WYROSTKA ŁOKCIOWEGO, GŁOWY KOŚCI PROMIENIOWEJ | 4 | 3 |
| 9. ZŁAMANIA KOŚCI PRZEDRAMIENIA | 3 | 2 |
| 10. USZKODZENIA CZĘŚCI MIEKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA NA POZIOMIE PRZEDRAMIENIA ORAZ PALCÓW (rany cięte, szarpane) | 1 | 1 |
| 11. ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA W STAWIE ŁOKCIOWYM | 2 | 1 |
| 12. UTRATA KOŃCZYNY W OBRĘBIE PRZEDRAMIENIA | 55 | 50 |
| 13. ZWICHNIĘCIA, SKRĘCENIA W STAWIE ŁOKCIOWYM | 1 | 1 |
| 14. UTRATA RĘKI NA POZIOMIE NADGARSTKA | 50 | 40 |
| 15. ZŁAMANIA JEDNEJ KOŚCI ŚRÓDRĘCZA | 1 | 1 |
| 16. ZŁAMANIE PALCA | 1 | 1 |
| 17. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI KCIUKA | 1 | 1 |
| 18. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO KCIUKA | 3 | 2 |
| 19. UTRATA KCIUKA | 10 | 8 |
| 20. CZĘŚCIOWA UTRATA OPUSZKI PALCA WSKAZUJĄCEGO PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy | 1 | 1 |
| 21. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALCA WSKAZUJĄCEGO, PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO - za każdy | 2 | 1,5 |
| 22. UTRATA PALCA WSKAZUJĄCEGO | 7 | 5 |
| 23. UTRATA PALCA TRZECIEGO, CZWARTEGO LUB PIĄTEGO – za każdy | 6 | 4 |

| XIII. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ | Procent uszczerbku na zdrowiu |
|---|---|
| A. STAW BIODROWY, UDO | |
| 1. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ W STAWIE BIODROWYM | 70 |
| 2. UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE UDA | 50 |
| 3. USZKODZENIE TKANEK MIĘKKICH WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, APARATU WIĘZADŁOWEGO, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, NACZYŃ, NERWÓW - następstwa uszkodzeń urazów skrętnych | 1 |
| 4. USZKODZENIA STAWU BIODROWEGO (ZWICHNIĘĆ, ZŁAMAŃ BLIŻSZEJ NASADY KOŚCI UDOWEJ, ZŁAMAŃ SZYJKI, ZŁAMAŃ PRZEZKRĘTARZOWYCH I PODKRĘTARZOWYCH, ZŁAMAŃ KRĘTARZY, URAZOWYCH ZŁUSZCZEŃ GŁOWY KOŚCI UDOWEJ | 5 |
| 5. ENDOPROTEZA STAWU BIODROWEGO | 15 |
| 6. ZŁAMANIE KOŚCI UDOWEJ | 8 |
| 7. USZKODZENIA SKÓRY, MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN - następstwa oparzeń, ran ciętych | 1 |
| B. STAW KOLANOWY | |
| 1. ZŁAMANIE STRUKTUR KOSTNYCH TWORZĄCYCH STAW KOLANOWY I RZEPKI | 1 |
| 2. USZKODZENIA WIĘZADEŁ | 4 |
| 3. CAŁKOWITA UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ NA POZIOMIE STAWU KOLANOWEGO | 40 |
| C. PODUDZIE | |
| 1. ZŁAMANIE KOŚCI PODUDZIA (PISZCZELOWEJ LUB PISZCZELOWEJ I STRZAŁKOWEJ) | 8 |
| 2. ZŁAMANIE KOSTKI BOCZNEJ, PRZYŚRODKOWEJ | 3 |
| 3. ZŁAMANIE KOŚCI STRZAŁKOWEJ | 2 |
| 4. USZKODZENIA TKANEK MIĘKKICH i SKÓRY WYMAGAJĄCE ZSZYCIA, MIĘŚNI I INNYCH ŚCIĘGIEN | 1 |
| 5. UTRATA KOŃCZYNY NA POZIOMIE PODUDZIA | 30 |
| D. STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY | |
| 1. USZKODZENIA STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO I SKOKOWO-PIĘTOWEGO - SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA | 1 |
| 2. ZŁAMANIA KOŚCI SKOKOWEJ LUB PIĘTOWEJ | 5 |
| 3. ZŁAMANIA KOŚCI ŚRÓDSTOPIA (za każdą kość) | 1 |
| 4. USZKODZENIA ŚCIĘGNA ACHILLESA | 1 |
| 5. CAŁKOWITA UTRATA STOPY | 50 |
| 6. UTRATA STOPY NA POZIOMIE STAWU CHOPARTA | 40 |
| 7. UTRATA STOPY W STAWIE LISFRANCA | 30 |
| 8. UTRATA STOPY W OBRĘBIE KOŚCI ŚRÓDSTOPIA | 20 |
| E. PALCE STOPY | |
| 1. ZŁAMANIE PALCA | 1 |
| 2. UTRATA PALICZKA PAZNOKCIOWEGO PALUCHA | 1 |
| 3. UTRATA PALUCHA | 8 |
| 4. UTRATA PALCÓW II, III, IV I V - za każdy | 1 |

| XIV. NIEDOWŁADY I PORAŻENIA | Procent uszczerbku na zdrowiu |
|---|---|
| 1. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ PRAWEJ | 40 |
| 2. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY GÓRNEJ LEWEJ | 30 |
| 3. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD KOŃCZYNY DOLNEJ | 25 |
| 4. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD POŁOWICZY PRAWOSTRONNY | 70 |
| 5. PORAŻENIE lub NIEDOWŁAD POŁOWICZY LEWOSTRONNY | 60 |
| 6. PORAŻENIE CAŁKOWITE KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH (czterokończynowe) | 100 |
| 7. PORAŻENIE NERWU TWARZOWEGO | 5 |

U osób leworęcznych uszkodzenie kończyny górnej ocenia się wg pozycji tabeli dla kończyny górnej prawej, zaś kończyny prawej jak dla lewej.

**Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU PLUS**

**WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z E-KONSULTACJI**

**1.** W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z e-konsultacji należy dysponować:
   1) urządzenie z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps;
   2) zainstalowana aktualna wersja przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
   3) uruchomienie obsługi JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
   4) aktywny adres e-mail;
   5) telefon stacjonarny lub komórkowy.

**2.** W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.

**3.** W przypadku korzystania z aplikacji na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Telemedi.co, dostępnej w serwisie Google Play (www.play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).

**4.** Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.